



Vínculo - Revista do NESME
ISSN: 1806-2490
ISSN: 1982-1492
publicacoes@nesme.com.br
Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise
das Configurações Vinculares
Brasil

Doença renal crônica: fronteiras e desafios familiares

Bonassi, Silvia Maria; Navarro, Ricardo Scarpato
Doença renal crônica: fronteiras e desafios familiares
Vínculo - Revista do NESME, vol. 15, núm. 1, 2018
Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares, Brasil
Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139456047006>

Doença renal crônica: fronteiras e desafios familiares

Chronic kidney disease: limits and family challenges

Enfermedad renal crónica: fronteras y desafíos familiares

Silvia Maria Bonassi * silviabonassi@gmail.com

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Ricardo Scarparo Navarro **

navarroricardo.navarro@universidadebrasil.edu.br

Universidade Brasil, Brasil

Vínculo - Revista do NESME, vol. 15,
núm. 1, 2018

Núcleo de Estudos em Saúde Mental e
Psicanálise das Configurações Vinculares,
Brasil

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=139456047006](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139456047006)

Resumo: Esta pesquisa apresenta um estudo de caso desenvolvido pelo serviço de psicologia de um Instituto de Hemodiálise e objetiva realizar avaliação psicológica e acolhimento da família de uma adolescente (14 anos) com doença renal crônica, em tratamento hemodialítico. A adolescente apresenta queixas frequentes de dor difusa, baixo rendimento escolar e carência afetiva durante sessões dialíticas. Instrumentos: Entrevistas semidirigidas com a família e a adolescente, observação da hora lúdica, Escala de Stress para Adolescentes, técnica projetiva House-Tree-Person (H-T-P), orientação familiar, visita domiciliar e discussão com a equipe multiprofissional. Pôde-se concluir que o tratamento hemodialítico causa alterações significativas na vida de adolescentes, relacionadas a aspectos psicossociais, físicos e emocionais. Promover saúde do doente renal crônico em desenvolvimento requer acolhimento da família, da equipe multiprofissional e da escola. Neste estudo, constatou-se negligência familiar e expuseram-se as novas configurações da parentalidade. Apontou-se a necessária implementação de políticas públicas de saúde aos doentes crônicos e educação especial, com atividades domiciliares para atender satisfatoriamente aos indivíduos que usam serviços de alta especialidade, promovendo sua inserção social e diminuindo a fragmentação no seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Acolhimento, Avaliação psicológica, Família, Adolescência, Doença renal crônica.

Abstract: This study assesses the psychological well-being from a 14 years old teenager suffering from a chronic kidney disease. He depends on dialysis and presents frequent complaints of diffuse pain, low school performance, and affective shortcomings during hemodialysis. The research was done at a psychology department of a Hemodialysis Institute. The study aimed to evaluate the adolescent's psychological condition and the reception of her family. They were used as instruments: a semi-directed interview with the family and the adolescent, observation of play time, Stress Scale for Adolescents, House-Tree-Person projective technique (H-T-P), home visit, discussion with the clinical team and family orientation. Results showed that the hemodialysis treatment brought significant changes to the adolescent, concerning psychosocial, physical and emotional aspects. They also showed family negligence, need of reviewing the parental configurations and public health policies' regarding chronic kidney disease patients, together with special education including home activities. We can conclude chronic kidney disease patients need high-quality health service and special attention, so they can achieve social acceptance and reduce problems in their development. May be reduced chronic kidney disease teenagers' health requires reception by family, school and professional team who can provide these cares.

Keywords: Reception, Psychological evaluation, Family, Adolescence, Chronic kidney disease.

Resumen: Esta investigación presenta un estudio de caso clínico desarrollado por el servicio de psicología de un Instituto de Hemodiálisis y objetiva realizar evaluación

psicológica y acogida de la familia de una adolescente (14 años) con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico. La adolescente presenta quejas frecuentes de dolor difusa, bajo rendimiento escolar y carencia afectiva durante las sesiones dialíticas. Instrumentos: Entrevistas semi-dirigidas con la familia y la adolescente, observación de la hora lúdica, Escala de síntomas de estrés para adolescentes, técnica proyectiva House-Tree-Person (H-T-P), orientación familiar, visita domiciliar y discusión clínica con el equipo multiprofesional. Se puede concluir que el tratamiento hemodialítico causa cambios significativos en la vida de adolescentes, relacionados con aspectos psicosociales, físicos y emocionales. La promoción de la salud del paciente renal crónico en desarrollo requiere acogida de la familia, del equipo multiprofesional y de la escuela. En este estudio, se constató negligencia familiar y se colocaron en pantalla las nuevas configuraciones de la parentalidad. Se señala la necesaria implementación de políticas públicas de salud a los enfermos crónicos y educación especial, con actividades domiciliarias para atender satisfactoriamente a los individuos que usan servicios de alta especialidad, promoviendo su inserción social y disminuyendo la fragmentación en su desarrollo.

Palabras clave: Acogida, Evaluación psicológica, Familia, Adolescencia, Enfermedad renal crónica.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica dialítica leva um longo tempo no tratamento; alguns casos não têm cura, geram incapacidades residuais e afetam a qualidade de vida do doente de maneira intensa. A maioria dessas doenças está relacionada ao avanço da idade e ao estilo de vida – hábitos alimentares, sedentarismo e estresse, situações características das sociedades contemporâneas. Atualmente, os diagnósticos são mais precoces, e é sabido que as doenças crônicas são a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% das mortes e caracterizam a principal causa de óbito e incapacidade prematura no Brasil. Os dados relatados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 apontam que 57,8 milhões de brasileiros com mais de 18 anos afirmam ter pelo menos uma doença crônica, das quais 31,3 milhões (21,40%) se referem à hipertensão, 11 milhões (7,60%) à depressão, 9,1 milhões (6,20%) a diabetes e 2,05 milhões (1,40%) à doença renal (Kernkraut et al., 2017).

Segundo dados do censo 2016 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 1,2% dos doentes renais crônicos (DRC) em diálise tem idade entre 1-19 anos, 22,1% têm 20-44 anos e a maioria dos casos é de indivíduos acima de 45 anos (76,7%). No caso de crianças e adolescentes, a hemodiálise altera os processos de desenvolvimento psicossocial e intelectual, o aprimoramento cognitivo, o crescimento ósseo e a conformação corporal, além dos aspectos referentes ao relacionamento na rede social do adolescente, tais como familiares, amigos, colegas de escola, primos, vizinhos e outros vínculos da sua faixa etária. O enfrentamento da doença e sua terapêutica, desenvolvida em sessões de hemodiálise com duração em média de quatro horas, três vezes por semana, favorecem o isolamento social e exigem uma readaptação da família à nova rotina de cuidados do filho (Silva e Silva, 2011; Ajuriaguerra, 1980).

A escuta analítica de um indivíduo com suposto saber da presença e do desejo do analista pode levar o paciente a elaborar e lidar melhor com a

situação traumática vivida (Soares, 2000). Assim, pode-se entender que a psicanálise ultrapassa as paredes de um consultório com um divã e que, como afirma Moretto (2001), "o inconsciente não está nem dentro, nem fora, ele está aí onde o sujeito fala". Segundo Silva (2007), no contexto hospitalar, o trabalho inicial do psicólogo permeia uma subjetividade simbólica das demandas implícitas da equipe de saúde em relação às propostas psicoterapêuticas.

A demanda por atendimento psicológico deste estudo de caso constituiu-se a partir da observação da equipe clínica de um Instituto de Nefrologia da costa leste do Mato Grosso do Sul. Foi dito em reunião clínica que uma paciente adolescente (14 anos), durante as sessões de hemodiálise, apresentava queixas frequentes de dores difusas e carência afetiva, sentimento de solidão e sempre solicitava atenção da equipe clínica durante e após dialisar. O estudo se mostra relevante, considerando-se que tem, como referência, poucas publicações sobre os desafios que o doente renal crônico em tratamento dialítico vive durante a infância e a adolescência. A discussão acerca do contexto familiar diferente e com as adversidades da doença renal crônica e seus agravos, relacionados tanto à saúde quanto a aspectos emocionais e sociais, pode contribuir para práticas psicológicas no campo da nefrologia. Destarte, a equipe multiprofissional do Instituto de Nefrologia solicitou a avaliação e orientação psicológica sobre o caso, visando ao acolhimento familiar, uma vez que a adolescente desacompanhada da família era transportada em um coletivo até as sessões dialíticas.

História clínica

A adolescente, à época do atendimento, tinha 14 anos, é a segunda filha de uma prole de quatro irmãs maternas que residem com o padrasto após a mãe deixar o lar, apontando para uma constituição familiar pouco comum que, conforme será discutido, trouxe implicações ao tratamento relacionadas à negligência familiar e colocou em tela novas configurações da parentalidade.

A paciente em hemodiálise fazia três sessões semanais, durante 3 horas e 30 minutos cada sessão, de acordo com a prescrição do nefrologista. O diagnóstico renal é Glomerulonefrite Crescência¹, tratada há 36 meses por acesso Fístula Arteriovenosa (FAV). Associado ao quadro de doença renal crônica, a adolescente apresenta baixo peso para a idade, 35 kg, e hipertensão, com pressão arterial média de 13:8. Seu domicílio ficava a 260 km do Instituto de Nefrologia, exigindo um deslocamento que inviabilizava a frequência escolar – cursava o 7º ano do ensino fundamental, com baixo rendimento escolar. A família compunha-se da paciente, seu padrasto e de três irmãs. A mãe abandonou o lar deixando as quatro filhas com o ex-marido: uma de 15 anos (enteada), a paciente com 14 anos (enteada), e as duas menores de nove e sete anos, filhas do casal. Os pais são assalariados rurais, o pai/padrasto trabalha em olaria e a mãe em uma granja. A moradia é própria, mas de material vulnerável como placas de cimento, situada em bairro da periferia urbana.

Metodologia

Este estudo foi realizado em condições adequadas no serviço de psicologia de um Instituto de Nefrologia da costa leste de Mato Grosso do Sul. Com o consentimento da mãe responsável pela adolescente, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido seguindo as normatizações da pesquisa com humanos (Brasil, 2012). O campo de pesquisa ofereceu condições adequadas para o desenvolvimento do estudo.

Como instrumentos de coleta de dados, foram elaborados: uma entrevista semidirigida para equipe clínica; um roteiro de entrevista semidirigida com os familiares participantes; uma avaliação clínica através da observação da hora lúdica, com uso da caixa lúdica adaptada a interesses da adolescência; teste projetivo de personalidade casa-árvore-pessoa (HTP); escala de estresse para adolescentes (ESA).

As fases do estudo se compuseram de: reunião clínica multiprofissional, consulta de prontuário, sessão ludo diagnóstica, entrevista com a responsável (mãe da paciente), assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, agendamento da visita e observação domiciliar junto ao pai e irmãs, orientação aos familiares, devolutiva à paciente e familiares, orientação à equipe clínica no Instituto de Nefrologia, orientação psico-educacional à escola no município de origem, por meio de contato telefônico e envio de relatório escrito.

Os procedimentos resultaram em sessões com a adolescente que ocorriam 30 minutos após a hemodiálise no próprio ambulatório médico em sala apropriada às condições de sigilo. As entrevistas com pais e visita domiciliar foram pré-agendadas. Os resultados obtidos com estes instrumentos foram discutidos com a equipe clínica, recorrendo aos conceitos psicanalíticos relacionados à adolescência, à família e à parentalidade.

Resultados e discussão

A adolescência é um período da vida humana caracterizado pelas marcantes mudanças corporais, acompanhadas pelas mudanças na esfera psicossocial e a separação-individuação das figuras parentais, a qual pode gerar conflitos e experiências demandantes de intervenção psicológica (D'Andrea, 2001; Motta et al., 2016).

A partir da escuta analítica da paciente, de sua família e discussão analítica dos resultados foi possível compor o mosaico das experiências que esta paciente vivia no que tange aos conflitos próprios do momento evolutivo, aos conflitos relativos à separação-individuação em uma configuração parental própria e aos agravos relacionados à sua condição de doente renal crônica.

A doença renal crônica e as características que a envolvem, assim como seu tratamento, geralmente acarretam situações de riscos na adolescência, sobre seu bem-estar psicológico e levando a problemas de adaptação que extrapolam os conflitos típicos da adolescência (Bizarro, 2001).

Durante os atendimentos psicológicos, a paciente estabeleceu bom vínculo e comunicação verbal; relatou conflitos familiares, sentimentos de solidão e descontentamento sobre indagações e comentários negativos de terceiros sobre seu tratamento, que apunham sobre ela o estigma da doença renal crônica. Assim, relatou a curiosidade despertada nas pessoas pela sua fístula arteriovenosa: "*Que é isso no seu braço?*" (sic), e os sentimentos de piedade voltados a ela diante de seu diagnóstico: "*Nossa, tão menina e com essa doença grave!*" (sic).

Diante de tais conteúdos verbais que retratam sentimentos de angústia resultantes das relações interpessoais, é pertinente referir que o desenvolvimento é normalmente doloroso e pontilhado de conflitos; em vista disso, o corpo acaba por sofrer mesmo quando não existam doenças primariamente físicas². A medicina do corpo funde-se naturalmente à medicina psicossomática. A parte psíquica da pessoa ocupa-se com os relacionamentos, tanto dentro do corpo quanto com ele, e com os relacionamentos mantidos com o mundo externo. Emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa de funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (especificamente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu e justifica a percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo (Winnicott, 1990, p.46).

Segundo dados de anamnese, o desenvolvimento físico e sexual da paciente estão abaixo da média, baixo peso, botões mamários iniciando, nunca menstruou; tais sintomas são comuns aos doentes renais crônicos. Não relatou interesse amoroso, apenas curiosidade sexual – fotos e piadas via internet. Relatou ter sono profundo, apetite e dieta insatisfatórios. A atividade física era limitada, jogava futebol na escola ou com as irmãs. Portanto o desenvolvimento físico está abaixo do esperado para sua idade.

A rotina do tratamento dialítico cobra determinação e disciplina, gera afastamento das relações interpessoais e dos grupos comuns à sua faixa etária - adolescência, assim, a doente renal crônica tende ao isolamento social (Silva e Silva, 2011).

Ajuriaguerra (1980), ao dissertar sobre púberes e adolescentes doentes crônicos com limitações físicas, constatou que, nas anamneses de adolescentes, observam-se perdas parentais (morte, separação, divórcio) ou disfunções familiares, o que, segundo o autor, justifica a hipótese de que um indivíduo fisiologicamente sensível, em um clima de estresse afetivo, é mais suscetível a desenvolver manifestações clínicas da doença crônica. Sintomas encontrados na paciente – mal-estar físico e hipertensão – são sintomas próprios da DRC, mas podem acentuar-se com sofrimento psíquico.

Sobre as atividades na rotina familiar, observou-se que a paciente ocupava-se com televisão e acesso às redes sociais pelo celular e brincava com cachorro da irmã. Permanecia sozinha na sala ou no quarto, quando brincadeiras mais agitadas são proibidas, devido a seu estado de saúde. Tem rendimento escolar baixo com duas reprovações, frequenta a escola nos dias em que está bem fisicamente, sem atendimento escolar

domiciliar. Mostra-se preocupada com dificuldades em matemática e geografia. Apresenta-se com bons cuidados na higiene pessoal, é vaidosa, tem as unhas pintadas, usa batom. Esses dados indicam que seu processo educacional transcorre com algumas limitações e a cliente demonstra preocupação e interesse nos fatos que dizem respeito a ela.

Apresenta condutas libidinosas próprias da idade e certa dose de malícia ao falar e mostrar imagens do próprio celular, fotos do namoro dos pais, que apresenta para as enfermeiras. Esse fato trouxe certa preocupação para a equipe clínica, com a suspeita de negligência dos pais frente à exposição de fotos íntimas do casal. O cenário observado na visita domiciliar revelou a ambivalência do padrasto que, embora se coloque disponível para cuidar da melhor maneira possível da enteada - DRC e o resto da prole, tem dificuldades de entregá-la ao atendimento oferecido, poupa a "filha" e tem atitudes de piedade, que limita o desenvolvimento natural dela.

A avaliação clínica foi realizada, segundo o referencial kleiniano (Ocampo et al., 1981; Batista, 2009). A paciente apresentou olhar curioso e exploratório nas atividades lúdicas e seu comportamento era colaborativo. Suas expressões gráficas eram compatíveis com sua idade, indicando certa insegurança e percepção fantasiosa. Em outros momentos, esteve passiva. Emocionou-se ao falar sobre o estigma social da doença crônica (aparência da fístula no braço e atadura). Gaguejou quando o assunto gerou tensão, isto é, sobre seu baixo desempenho escolar.

Apresentou traços de insegurança, carência afetiva e pensamentos fantasiosos. Percebe-se a necessidade de cuidados familiares para ser nutrida e fortalecida diante das perdas/luto geradas pela doença renal crônica e comorbidades. Seu tom de voz é muito baixo, preocupa-se com a qualidade da produção gráfica, desvelando desejo de ser aceita, tende a omitir ou negar informações da conduta negligente e fria da mãe, provável fonte de sua dor psíquica. Na separação da mãe e do padrasto, este se tornou provedor em todos os sentidos, inclusive assumindo a maternagem, com as dificuldades próprias observadas na visita domiciliar. Portanto, a carência emocional e busca de substituto de cuidado familiar é real. Conforme Winnicott (apud Dias, 2014, p. 281), um ponto a mencionar é que, na fase pré-adolescente, ocorre naturalmente o sofrimento psíquico devido às mudanças do corpo, há uma tendência ao isolamento associado à busca da definição da sexualidade. Quando há imaturidade na vida instintual, existe o risco de adoecimento da personalidade, do caráter ou do comportamento (Dias, 2014). Neste caso em estudo, em função da DRC, o amadurecimento físico e psicológico fica prejudicado.

A avaliação projetiva realizou-se a partir da análise gráfica proposta pelo teste de personalidade HTP (Alves e Tardivo, 2009). Os desenhos temáticos da casa, da árvore e da figura humana foram aplicados, além do desenho livre. A síntese dos resultados revelou: sentimento de ambivalência, sentimento de menos-valia, tensão e

angústia, fantasias sexuais próprias da pré-adolescência, tendência à negação e aprisionamento das emoções.

Conforme apontado acima, o indivíduo com doença renal crônica tende a vivenciar as manifestações clínicas da doença crônica em clima de estresse afetivo. A situação de estresse da paciente foi aferida pela Escala de Stress de Adolescente (ESA), sistematizada por Tricoli e Lipp (2011), cujos resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados obtidos pela paciente do estudo de caso na análise de sintomas de acordo com idade 14 anos e sexo feminino.

Indicador	Resultado obtido	Resultado esperado
Psicológico	3,00	> 3,50
Cognitivo	3,00	> 2,83
Fisiológico	1,88	< 2,89
Interpessoal	2,40	> 2,60

Considerando os resultados apresentados na Tabela 1 e segundo escores apurados conforme manual da Escala de Stress de Adolescente, a pontuação total da paciente foi 119 pontos (P119), isto é, maior que 85 pontos (>P85) (valor esperado). Assim, o total $F = 2,70$ aponta para o resultado "sem estresse significativo". O escore não ultrapassou o ponto de corte total (>3,11), o que indica que o sintoma de estresse cognitivo da paciente não é significativo.

Observam-se, na paciente, as características de doentes crônicos como "intensa emotividade", reações psicossomáticas, instabilidade de humor com irritabilidade, imaturidade afetiva, que se traduz por grande necessidade de proteção, vontade imperiosa, falta de confiança em si e uma dependência prolongada em relação a um ou ambos os genitores (Ajuriaguerra, 1980).

A psique, desenvolvendo-se dessa maneira, busca relacionar-se com a realidade externa, adaptar-se e transformar a personalidade, da então criança em uma pessoa que pareça ser capaz de fazer escolhas (Winnicott, 1990). Diante de tais conjecturas de Winnicott, deve-se considerar que o histórico sociofamiliar da paciente apresentava uma configuração própria que também contribuía para as queixas relatadas. Os pais tem baixa escolaridade, união instável, sem planejamento familiar, prole grande, baixa renda, ignorante de seus direitos frente às políticas públicas de atendimento e com ideias persecutórias sobre os possíveis serviços prestados pela rede de atenção primária.

O termo família, em geral, refere-se a um grupo de pessoas cujos relacionamentos entre si estão determinados por laços de parentesco, respeitando-se o contexto histórico e cultural no qual cada família se constitui (Waddell, 1994).

Na entrevista, a mãe da paciente, inicialmente, agiu de forma desconfiada, tensa e ansiosa. Deu indícios de valorizar mais seus desejos pessoais em detrimento da prole. Contou sobre o abandono do lar e das filhas e também do envolvimento sexual com colega de trabalho, que a

levou a deixar a família, mas o romance chegou ao fim e passou a morar sozinha. Sem desejo de retorno ao ninho familiar, justifica que o ex-marido é melhor que ela para cuidar da prole, e ela tem outros planos para sua vida.

O casamento e a constituição de uma família nem sempre são sinal de maturidade parental. Na família em estudo, a mãe (31anos) iniciou a maternagem precocemente, 16 anos, e o padrasto aos (42 anos) apresentou-se como um indivíduo inseguro, dado a serviços primitivos (fazer tijolos) sem segurança da sua condição de trabalhador e cidadão. Segundo Winnicott (2005), cada membro de uma comunidade adulta está em processo de crescimento e permanecerá assim, espera-se, ao longo de sua vida. Dentre homens e mulheres imaturos que se casam, muitos encontram na família motivo para grande alegria e alívio; mas não será surpreendente se o crescimento de seus próprios filhos os desafiar a dar continuidade ao próprio crescimento, que se sustará à época da adolescência.

Dias (2014) disserta sobre a caracterização do ambiente facilitador que, segundo a teoria do amadurecimento pessoal de Winnicott, "a mãe suficientemente boa" refere-se à mãe capaz de reconhecer e atender à dependência do lactante, devido à sua identificação com ele, a qual lhe permite saber qual é a necessidade do bebê em um dado momento e responder a ela.

A mãe da paciente em tela é jovem, o que pode indicar falhas nesse processo de transição da adolescência para a vida adulta; sua vivência da sexualidade estava apoiada em pensamentos mágicos que, possivelmente, a levaram à exposição, ao risco de gravidez não planejada, tendo como consequência a falta de identificação com a função parental (Silva, 2014).

Uma mãe, sendo madura, não fica narcisicamente ferida por ver-se esvaziada de sua vida pessoal para dedicar-se à tarefa de cuidar do bebê (Dias, 2014).

No contexto do estudo, o relato da mãe aponta para falhas na construção da parentalidade e uma descrença na própria capacidade de exercer a função materna que, em sua fantasia, justificam o abandono das filhas: "*O pai [padrasto] é melhor que eu para minhas filhas; dá mais atenção e brinca, eu não tenho paciência [...]*" (sic). Refere, ainda, que, no início da gravidez dessa filha, ela tentou o aborto, mas não deu certo: "*Eu não queria mais filhos, não tenho paciência com crianças*" (sic). Ainda solteira, quando engravidou da paciente, foi morar com um parceiro bem mais velho, mas logo voltou para casa de sua mãe, avó materna da paciente, então cuidadora da prole.

A mãe aponta: "*O pai [padrasto] mima muito ela porque é doente e isto eu não gosto*". A mãe reconhece certa proteção e esmero no zelo do pai/padrasto pela enteada doente renal crônica, sensibilidade que ela não identifica em si mesma. A entrevista paterna ocorreu em visita domiciliar pré-agendada realizada na cidade onde a paciente residia. O padrasto (42 anos) é referido pela paciente como "pai". Inicialmente, parecia desconfiado e inseguro e aguardava pela visita da psicóloga entrevistadora, acompanhado das filhas. Na sala da casa, estava sem camisa, usando

adornos do tipo corrente grossa, anéis e perfume forte demonstrando vaidade, apesar das mãos calejadas do trabalho bruto.

Foi observado, no ambiente domiciliar, que o pai tem certa dificuldade de manter a ordem na cozinha e nos cuidados ao acondicionar as roupas da família que estavam espalhadas sobre móveis e camas. Apresentou comportamento insatisfatório ao definir regras e limites nos afazeres domésticos. Demonstrou ter reservas, isto é, desconfiança sobre o interesse de a equipe do Instituto de Nefrologia procurar a família para orientações sobre o tratamento e acolhimento às possíveis necessidades de acompanhamento terapêutico.

Ao ser informado sobre possível atendimento e assistência do conselho tutelar ou agente comunitário do município onde residem, negou a oferta e disse não ter interesse alegando: "*se viro bem sem a presença da mãe [...] ela não dá atenção pras minhas filhas, eu cuido melhor mesmo [...] bem... faço o que posso*" (sic). Neste caso, observou-se que tanto o padrasto quanto a mãe da paciente foram evasivos no contato de entrevista clínica, mostrando-se resistentes e não apresentaram interesse de receber atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na cidade de origem.

Assim, as mudanças no contexto familiar proporcionam cada vez mais pensar-se no exercício de as funções materna e paterna serem vivenciadas independentemente do gênero de quem as assume. "Na contemporaneidade, o fenômeno do crescente aparecimento de arranjos familiares que não se fundam no modelo tradicional de família biológica, de configuração heterossexual, monogâmica, hierárquica e nuclear" (VITALE, 1997 apud RODRIGUEZ E GOMES, 2012, p. 30).

Teperman (2012) menciona que, nesse surgimento de novos modelos familiares atuais, a autoridade patriarcal dá lugar à igualdade nas funções de trabalho e cuidados com os filhos. A autora propõe que a reflexão sobre o termo parentalidade surge em um momento de "Mal-Estar na atualidade", desdobrando-se em "mal-estar parental" causado pelas determinações sociais que foram surgindo nos últimos anos, idealizando o que é ser mãe, pai, filho e família, incentivando a busca por uma felicidade impossível dos pais para com seus filhos.

Solis-Ponton (2004 apud Rodrigues e Gomes, 2012) coloca que, para a parentalidade, há uma preparação e aprendizagem desse processo. A ideia construída é de que os pais nascem junto com a criança. Solis-Ponton propõe que o bebê parentalize os pais.

Portanto, a relação parental é construída na própria relação dos pais com o bebê e do bebê com seus pais no processo do desenvolvimento maturacional.

A análise da vivência relacional da adolescente com seus pais remete à fase de *holding* (sustentação) em que Winnicott (2005) dizia sobre outros processos também iniciados ainda bebê; Entre esses processos, o mais importante é o despertar da inteligência e o início da mente como algo separado da psique. Daí se segue a história toda do processo secundário da função simbólica e da organização do conteúdo psíquico pessoal, que forma a base a base do sonho e das relações vivas.

Neste estudo, tem-se uma adolescente com saúde frágil, dotada de seu próprio aparelho psíquico. Sabe-se que, diante da análise dos vínculos familiares, a atitude adequada ou inadequada dos pais e da doença depende, antes de tudo, de sua personalidade, mas os pais também devem propiciar o desenvolvimento de um potencial criativo nela, que tem sua função adaptativa própria para com o mundo externo. Sua história é igualmente influenciada pelos elementos da história da doença: o início mais ou menos dramático e a evolução mais ou menos semeada de incidentes. A estada frequente nos hospitais e serviços de alta complexidade pode ter correlação com a má adaptação dos pais, lembrando que também há pacientes cujos pais têm atitude adequada e satisfatória, proporcionalmente à árdua realidade (Ajuriaguerra, 1980).

Conforme resultados da avaliação psicológica, a adolescente se apresenta "sem estresse significativo" e com indícios de estresse cognitivo, levando a crer que, apesar da separação do casal, seu pai/padrasto tem conseguido trazer segurança à paciente, mas a mesma sente falta da presença e dos cuidados da mãe; apesar do casal ser pouco receptivo para orientações, atendeu à solicitação de entrevistas.

No tratamento dialítico, as atividades lúdicas são importantes para o desenvolvimento e têm seus benefícios em múltiplos aspectos: cognitivo, motor, afetivo, moral e social. Atividades ocupacionais e lazer têm o objetivo de desenvolver habilidades de enfrentamento das experiências estressoras, para maior compreensão de sua vivência e situação de doente crônico com futuro incerto. Segundo Lipp (2010), os estilos parentais autoritários e negligentes agem de forma prejudicial em relação ao estresse do adolescente.

Nas novas configurações familiares, a diversidade de dinâmicas e modelos familiares não mais obriga a mulher a ser mãe e o homem a ser pai, e as crianças migram e circulam em diversas casas integrando novas redes de parentesco não consanguíneas (Pimentel ET al., 2009). Nesse contexto, o termo "parentalidade" está relacionado ao vínculo entre as pessoas e à importância que essas têm na constituição do psiquismo infantil (Rodrigues e Gomes, 2012), portanto, é possível dizer que ela não se restringe a "pai" e "mãe" ou ao modelo de família tradicional biológica, mas a essa rede de vínculos criados.

Conclusão

Concluiu-se que a maioria dos sintomas físicos da paciente estava associada à doença renal crônica e a comorbidades. A análise projetiva indicou traços de tensão, angústia e aprisionamento das emoções. A adolescente sofre a metamorfose natural do corpo, percebe-se imatura quando comparada ao esperado para a idade, a angústia aumenta à medida que as limitações físicas e os estigmas da DRC interferem no seu cotidiano. Segundo a escala de stress para adolescentes (ESA), a paciente não apresenta estresse significativo. As queixas de dores difusas podem, eventualmente, serem reações psicossomáticas, ou sintomas de estresse cognitivo. Os resultados corroboram outros estudos em que

crianças doentes renais crônicas têm seu desenvolvimento cognitivo prejudicado, daí a importância do atendimento educacional no domicílio e acompanhamento terapêutico à família. Diante do exposto, as orientações psicoeducacionais relativas à oferta de atividades escolares domiciliares foram enviadas à professora do município que atende à adolescente. A equipe multiprofissional sentiu-se abatida com os contatos familiares realizados e definiu o foco de trabalho e intervenção no fortalecimento e autonomia de vida da adolescente, devido à insatisfatória adesão familiar, conforme sugerem Hutz ET al. (2013).

Considerações finais

Nossos agradecimentos à equipe clínica do Instituto de Nefrologia e à família da paciente pelo consentimento do estudo. O caso clínico foi amplamente analisado em seminário, para instruções e intervenções complementares, a partir da concepção de que saúde não se reduz à ausência de doença, mas à qualidade de vida. Assim, o acolhimento psicológico institucional procura romper barreiras para promover adesão ao tratamento, humanização e recuperação da clientela que vive angústias além dos desafios comuns dos indivíduos saudáveis.

Faz-se necessária a implementação de políticas públicas de saúde e de educação para que atividades cotidianas sejam praticadas pelos adolescentes de maneira satisfatória, promovendo sua inserção social. Essa vivência terapêutica trouxe inquietações e reflexões sobre os novos rumos do trabalho clínico institucional e as construções da parentalidade.

Referências

- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Masson, 1980. 968 p.
- ALVES, I. C. B.; TARDIVO, R. C. **Casa – árvore – pessoa: técnica projetiva de desenho (HTP)**. 2. ed. São Paulo: Vetor, 2009. 70 p.
- BATISTA, C. V. M. **A brincadeira simbólica e a criança enferma**. Londrina: EDUEL, 2009. 130 p.
- BIZARRO L. O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crônica. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 2, n. 2, p. 55-67, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res046612122012.html>>. Acesso em: 13 set. 2017.
- D'DANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade: enfoque psicodinâmico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 185 p.
- DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 3. ed. São Paulo: DWW Editorial, 2014. 345 p.
- HUTZ, C. S. (Org.) **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica: em homenagem a Jurema A. Cunha**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. 318 p.

- KERNKRAUT, A.M.; SILVA, A.L.M.; GIBELLO, J. (Org.) **O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2017. 496 p.
- LIPP, M. E.N. (Org.). **Mecanismos neurofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. 228 p.
- MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 219 p.
- MOTTA, I. F. ET al. Adolescência, saúde e mudanças na contemporaneidade: um estudo de caso. In: **Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2016. p. 363-370.
- OCAMPO, M.L.S. ET al. (Org.) **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981. 438 p.
- PIMENTEL, A. G.; OLIVEIRA, I. B. S.; ARAÚJO, L. S. Paternidade, violência e drogadição: limitações psicossociais à saúde. **Revista NUFEN**, São Paulo, v. 1, n. 1, abr./ago, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2175-25912009000100007>> . Acesso em: 20 jun. 2017.
- RODRIGUEZ, B. C.; GOMES, I. C. Novas formas de parentalidade: do modelo tradicional à homoparentalidade. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 62, n. 136, p. 29-36, jun. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0006-59432012000100004&Ing=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 10 set. 2017.
- SILVA, M. C. P. da. **A construção da parentalidade em mães adolescentes: um modelo de intervenção e prevenção**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Escuta, 2014. 164 p.
- SILVA, M. G. G. Doença terminal, perspectiva de morte: um trabalho desafiador ao profissional de saúde que luta contra ela. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 43-51, 2007.
- SILVA, E. M. S.; SILVA, L. W. S. Impacto da hemodiálise na vida de adolescentes acometidos pela insuficiência renal crônica. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 45-39, jan./mar. 2011.
- SOARES, C.P. Uma tentativa malograda de atendimento de atendo em um centro de tratamento intensivo. In: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 41-48.
- TEPERMAN, D. W. **Família, parentalidade e época: um "nós" que não existe**. 2012. 198 p. Tese de Doutorado em Educação - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.48.2012.tde-16082012-112951. Acesso em: 2017-11-16.
- TRICOLI, V. A. C.; LIPP, M. E. N. **ESA: Escala de stress para adolescentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 70p.
- WADDELL, M. A família e sua dinâmica. In: BOX, S. et al. (Org.) **Psicoterapias com famílias: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 27-45.
- WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. (3 ed.). São Paulo: Martins Fontes, 2005. 247 p.

WINNICOTT, D.W. **Natureza humana**. trad. de Davi Litman Bogomoletz.
Rio de Janeiro: Imago, 1990.84 p.

Notas

- 1 Glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) ou glomerulonefrite crescêntica é uma síndrome do rim que, se não tratada, rapidamente progride para uma insuficiência renal aguda e morte em meses.
- 2 Ter certeza da opinião: o distúrbio psicossomático com seu significado positivo de opor-se à fuga para: a) o intelecto; b) estados despersonalizados (Winnicott, 1990, p.46).

Autor notes

- * Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- ** Curso de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica e Bioengenharia, Universidade Brasil, São Paulo, Brasil.